

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU
STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**ZDRAVSTVENA NJEGA ONKOLOŠKOG BOLESNIKA S
ANKSIOZNO-DEPRESIVNIM POREMEĆAJEM**

Završni rad br. 40/SES/2017

Sandra Grivić

Bjelovar, listopad 2017.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Grivić Sandra**

Datum: 12.05.2017.

Matični broj: 001195

JMBAG: 0314011688

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega onkološkog bolesnika s anksiozno-depresivnim poremećajem**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 40/SES/2017

Studentica će u radu opisati proces zdravstvene njega onkoloških bolesnika s anksiozno - depresivnim poremećajem. U radu je potrebno opisati etiologiju malignih oboljenja, faze prilagodbe na bolest, anksiozno - depresivan poremećaj te ulogu medicinske sestre u prepoznavanju simptoma poremećaja, zdravstvenu njegu i edukaciju bolesnika i obitelji.

Zadatak uručen: 12.05.2017.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju, a posebno svojoj mentorici Tamari Salaj na stručnoj pomoći tijekom izrade ovog rada.

Sadržaj

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Uvod..... | 1 |
| 1.1 Etiologija raka i epidemiologija onkoloških bolesti | 2 |
| 1.2 Epidemiologija i rizični faktori depresije i anksioznosti | 6 |
| 1.3 Psihoonkologija | 8 |
| 2. Cilj rada | 9 |
| 3. Metode rada | 10 |
| 4. Rezultati | 11 |
| 4.1 Psihosocijalni aspekti onkoloških bolesti | 11 |
| 4.2 Povezanost karcinoma, depresije i anksioznosti | 13 |
| 4.2.1 Faktori prilagodbe na malignu bolest..... | 16 |
| 4.3 Liječenje anksioznog i depresivnog poremećaja | 17 |
| 4.3.1 Psihofarmakološko liječenje | 17 |
| 4.3.2 Psihoterapijski pristup u radu s onkološkim pacijentima | 19 |
| 4.3.2.1 Liaison terapija | 21 |
| 4.3.3 Socioterapija..... | 23 |
| 4.4 Uloga medicinske sestre | 24 |
| 4.4.1 Sestrinske dijagnoze i intervencije | 25 |
| 5. Rasprava | 35 |
| 6. Zaključak | 37 |
| 7. Literatura..... | 38 |
| 8. Oznake i kratice | 43 |
| 9. Sažetak..... | 44 |
| 10. Summary..... | 45 |

1. Uvod

Rak je značajni javnozdravstveni problem u Hrvatskoj i drugi najvažniji uzrok smrti nakon bolesti srca i krvnih žila (1). Incidencija karcinoma u svijetu raste zbog ubrzanog starenja stanovništva i izlaganja rizičnim čimbenicima poput pušenja, neadekvatne prehrane, karcinogena i tjelesne neaktivnosti. Rezultati istraživanja i klinička praksa pokazuju da polovina onkoloških bolesnika ima različite psihijatrijske poremećaje koji traže optimalnu dijagnostiku i terapiju. U uznapredovalom stadiju raka, prevalencija depresije i anksioznosti u pacijenata je iznimno visoka i njihovi osjećaji povjerenja i sigurnosti prema zdravstvenim djelatnicima imaju veliku ulogu u prilagodbi na malignu bolest (2). Brojne su rasprave o utjecaju psiholoških faktora na tijek liječenja onkoloških bolesnika, a pokazalo se da suočavanje i suportivna psihoterapija ima pozitivan utjecaj na bolesnika. Psihološki problemi s kojima se psihijatar susreće prije svega su depresivni i anksiozni poremećaji te niz ostalih problema poput suicidalnih ideja, poteškoće s nedostatkom socijalne i obiteljske podrške i drugo. Unatoč novim dijagnostičkim i terapijskim procedurama bol predstavlja jedan od najvećih problema pogotovo u uznapredovaloj fazi bolesti. Psihoterapijske intervencije vrlo su važne kod onkoloških bolesnika. Korisnima su se pokazale psihoedukacija, tehnike relaksacije i suportivne intervencije (grupne, individualne, obiteljske, partnerske) koje ujedno mogu i smanjiti bol. Brojni mehanizmi reagiranja onkoloških pacijenata znatno utječu na medicinsko osoblje koje se neprestano susreće s ovakvim bolesnicima (3). Medicinske sestre u onkologiji preko savjetodavnih i edukativnih radnji sudjeluju u podizanju razine svijesti, znanja i volje o čimbenicima koji utječu na nastanak malignih bolesti, potrebi samokontrole zdravlja, usvajanja zdravih načina življenja te potrebi učestalog medicinskog nadzora (4).

1.1 Etiologija raka i epidemiologija onkoloških bolesti

Kako bi nastao tumor trebaju biti prisutne promjene u genima koje stanici daju nova svojstva. Geni koji su odgovorni za kontroliranje staničnog ciklusa su tumor-supresorski geni i proto-onkogeni. Ulogu u nastanku te progresiji tumora odgovorna je inaktivacija gena u tumorskoj stanici. Poznati tumor-supresorski geni su retinoblastom-gen i p53. Kako su uzroci poremećaja gena različiti, postoji kemijska, biološka i fizikalna karcinogeneza (5).

Fizikalna karcinogeneza

U fizikalne čimbenike ubrajaju se elektromagnetni valovi koji u stanici zbog različite frekvencije uzrokuju ionizaciju i oštećenje DNA. Izvori zračenja mogu biti prirodni kao što su UV-zračenje, zračenje iz svemira, radioaktivni izotopi iz tla i vode i sunčeva svjetlost te umjetni poput industrijskih i medicinskih uređaja. U ionizirajuća zračenja ubrajaju se čestično zračenje (neutroni, protoni, α , β) te x i y-zrake. Biološki učinak zračenja ovisi o linearnom prijenosu energije (LET). U zračenja nižeg LET-a svrstavaju se y i x-zračenja i zračenja β -česticama, a u zračenja visokog LET-a ubrajaju se zračenja α -česticama, neutronima, protonima. Kako bi učinak zračenja bio karcinogen, doza koja uzrokuje akutnu radijacijsku bolest mora biti manja od doze zračenja. U stanici koja je izložena ionizirajućem zračenju, promjene se događaju postepeno, od kratkotrajnih promjena na razini molekula i atoma, preko metaboličkih, do morfoloških oštećenja stanica. Razdoblje od početka promjena do nastanka maligne stanice zove se latencija. Pitanje hoće li se maligna bolest razviti u tijelu ovisi o samoj dozi zračenja, osjetljivosti stanice te duljini izloženost zračenju. Stanice najveću osjetljivost pokazuju u M-fazi i G2 fazi staničnog ciklusa. Na zračenje je najosjetljivije limfatično i mijeloično tkivo, visoku osjetljivost pokazuju dojka i štitnjača dok srednju pluća, a najmanju debelo crijevo. Unutar spektra sunčeve svjetlosti nalaze se i ultraljubičaste zrake, koje se po valnoj duljini dijele u tri skupine: UVA, UVB i UVC. Postoji nekoliko rijetkih nasljednih bolesti u kojima je poremećen popravak DNA. Jedna od bolesti s poremećajem ekscizijskog popravka DNA je xeroderma pigmentosum (5).

Biološka karcinogeneza

U istraživanjima je dokazano da mnogi virusi mogu sudjelovati kao čimbenici u razvoju malignih tumora. Razlikuju se DNA i RNA tumorski virusi. DNA virusi ulaze u stanicu domaćina transkripcijom virusne stanice DNA u mRNA te se vrši translacija u virusne proteine. Virusna i stanična DNA repliciraju se prije nego što se podijeli stanica te se genom virusa integrira u genom domaćina. Izravna integracija u genom domaćina nije moguća kod RNA virusa sve dok se ne konvertira u kopiju DNA, a ona se zove provirus. Provirus se tad konvertira u genom domaćina te replicira zajedno sa njime. Takvi virusi se zovu retrovirusi. Vrijeme latencije za nastanak tumora putem virusne infekcije koja se razvija u jednog od tisuću zaraženih je 20 do 50 godina (5).

RNA virusi

Retrovirusi koji nemaju virusni onkogen, a djeluju tako što potiču aktivnost staničnih gena su humani T-limfotropni virusi (HTLV-I i II). Oni su uzročnici leukemija u Južnoj Americi, Africi i Japanu. Virus ima tri gena: pol, env i gag. HTLV- I putem lučenja i autokrinog djelovanja IL-2 potiče proliferaciju stanica koje su inficirane. HTLV-II uzrokuje leukemiju vlastitih stanica poticanje ekspresije staničnih gena (5).

DNA virusi

Kod infekcije hepatitisom B u samo 5 % bolesnika ova infekcija prelazi u kroničnu bolest manifestirana kao ciroza i karcinom jetre. U kroničnoj bolesti jetre, genom HBV-a ulazi u stanični genom nakon transkripcije i stvaranja intermedijarne molekule RNA. Trajna infekcija uzrokuje oštećenje hepatocita koji su odgovorni za regeneraciju uništenog tkiva jetre. Moguće su mutacije gena kontrole rasta u tim aktivnim stanicama koje mogu nastati spontano ili potaknute okolinskim faktorima (5).

Kemijska karcinogeneza

U kemijsku karcinogenezu spadaju brojne egzogene (ksenobiotici) i endogene tvari koje izazivaju malignu preobrazbu stanice. Egzogeni karcinogenici su prirodni spojevi u okolišu, mitotoksini (proizvodi organizama), proizvodi pirolize (kod pečenja na otvorenom ognjištu) te produkti nastali industrijskom proizvodnjom. U mehanizme kemijske karcinogeneze spadaju inicijacija, promocija, biotransformacija ksenobiotičnih karcinogenika (5).

Promocija

Kako bi nastao tumor, izuzetno je važna faza promocije u stanici. Promjene koje nastaju u stanici nakon karcinogenika ne mogu uzrokovati tumor ukoliko ne sudjeluju ostali čimbenici. Takvi čimbenici nazivaju se promotori, tvari koje potiču djelovanje karcinogenika. Njihov učinak je reverzibilan te potiče sintezu DNA i množenje stanica (5) .

Inicijacija

Normalna stanica pomoću nekoliko sustava odstranjuje oštećenje DNA, a kada takva oštećenja izbjegnu mehanizme popravka tada dolazi do mutacije. Taj korak prema nastanku tumora naziva se inicijacijom. Sam proces od učinka egzogenih tvari do pojave tumora je dugotrajan, a preobrazba stupnjeviti proces kojim se nakupljaju mutacije različitih gena (5).

Biotransformacija ksenobiotičnih karcinogenika

Da bi karcinogenici imali djelotvornost to ponajprije ovisi o koncentraciji njihovog aktivnog oblika. Postoje primarni karcinogenici koji su aktivni već u izravnom obliku, a većina karcinogeničkih ksenobiotika neaktivna je u izvornom obliku pa se takve tvari nazivaju prokarcinogenici.

Prokarcinogenici procesima metabolizma inaktivacije i aktivacije dolaze do svog aktivnog oblika. Nakon aktivacije prokarcinogenika dolazi do detoksikacije. Reakcije biotransformacije su genetički određene čime postoji različita sklonost obolijevanju od malignih bolesti (5).

Karcinom je generički naziv velikih skupina bolesti koje napadaju bilo koji dio u organizmu. Medicinska terminologija koristi naziv maligni odnosno maligne neoplazme, zloćudni tumori, maligna oboljenja ili malignomi. Glavni uzrok smrti su zapravo metastaze. U posljednjih 30 godina, incidencija najčešćih onkoloških bolesti se povećava. U svijetu ta je brojka 2012. godine dosegla 14,1 milijuna ljudi. Rak debelog crijeva, pluća, prostate, jetre i želudac su najčešća maligna oboljenja u muškaraca, dok su rak dojke, debelog crijeva, pluća, maternice, vrata maternice i želudca najčešća oboljenja u žena. U istoj godini, prema podacima utvrđeno je da oko 32,6 milijuna ljudi živi s karcinomom te je za 8,2 milijuna ljudi, karcinom odgovoran za smrt. Najčešći malignomi koji su odgovorni za smrt ovolikog broja ljudi su: karcinom pluća (1,59 milijuna smrti), karcinom želudca (723 000 smrti), karcinom jetre (745 000 smrti), karcinom debelog crijeva (694 000 smrti), karcinom dojke (521 000 smrti) i karcinom jednjaka (400 000 smrti) (6). Od 1950. do 2012. godine, incidencija karcinoma u svijetu je porasla zbog ubrzanog starenja stanovništva u mnogim zemljama te zbog rizičnih čimbenika s kojima se svakodnevno susrećemo (nezdrava i nepravilna prehrana, pušenje, nedovoljna tjelesna aktivnost, konzumacija alkohola). Karcinom pluća i bronha i dalje su najčešći uzroci smrtnosti u svijetu, dok karcinom želudca i debelog crijeva pokazuju znatno smanjenje smrtnosti. Razlog tome je ranije otkrivanje i nove mogućnosti medicinskih tretmana (3).

1.2 Epidemiologija i rizični faktori depresije i anksioznosti

Depresija je psihički poremećaj koji se učestalo pojavljuje posljednjih desetljeća, najčešće zahvaćajući mlade dobne skupine. Vjerojatnost obolijevanja od depresije iznosi za žene 26 %, a za muškarce oko 12 %. Cjelokupan rizik obolijevanja od depresije iznosi 17 %. Postoji nekoliko rizičnih i zaštitnih čimbenika koji bi mogli utjecati na razvoj depresije. Podaci prikupljeni u longitudinalnim istraživanjima daju tvrdnje da je među prvim čimbenicima spol taj koji ima veliku ulogu u razvoju ove bolesti. Tako je za žene povećan rizik od obolijevanja. Novija istraživanja provedena na uzrocima mladih osoba govore kako kod djevojaka i žena postoji povećani rizik od ranije pojave depresije te da učestalost pojavljivanja ove bolesti raste u doba mladenaštva i ranije odrasle dobi nego kod mladića i mlađih muškaraca. Depresija se može pojaviti u svakoj životnoj dobi, a istraživanjem je potvrđeno da se najčešće pojavljuje između 30. i 40. godine života. U današnje vrijeme sve više obolijevaju mlade dobne skupine pa je trenutno granica obolijevanja pomaknuta između 18. i 25. godine. U uzroke pojave depresije javljaju se i socio-ekonomski faktori, stoga se u rizične faktore pojave unipolarne depresije smatra nepostojanje bliskog odnosa u obitelji. Zaštitni faktori koji se smatraju vrlo bitnim su pozitivni odnosi u društvu, na poslu i stanovanju. Isto tako istraživanjem se pokazalo da osobe koje žive u bračnoj zajednici imaju niži stupanj učestalosti pojave depresije od onih koji su rastavljeni. Posljednja dva čimbenika su stresno i obiteljsko opterećenje koje imaju znatnu ulogu u razvoju bolesti, primjerice u stresno opterećenje ubrajaju se životni događaji ili promjene vezani za samu osobu ili blisku okolinu. Posebno su to događaji koji su se odigrali u kratkom vremenskom razdoblju i pojedinci se nisu stigli oporaviti. Utvrđeno je da ukoliko od bipolarnog poremećaja boluje neka osoba u obitelji za najbliže rođake postoji 25% rizika da obole od bilo kojeg oblika takvog poremećaja, dok rizik za obolijevanje od unipolarnog poremećaja iznosi 20 % (7).

Za razliku od depresivnih, anksiozni poremećaji su najčešći od svih bolesti u psihijatriji te mogu dovesti do velikih poteškoća u funkcioniranju svakodnevnog života. Ovi bolesnici jako pate i njihovo funkcioniranje je vrlo oštećeno u različitom stupnju stoga često liječenjem postižu visoki stupanj funkcioniranja kao i zadovoljstvo samim životom. Glavni anksiozni poremećaji su panični poremećaji, socijalna fobija, specifične fobije, generalizirani anksiozni poremećaji, opsesivno-kompulzivni poremećaji i posttraumatski stresni poremećaji (8).

Tablica 1.1 Prikaz prevalencije i komorbiditeta kod oba spola oboljelih od anksioznih poremećaja (7).

| Poremećaj | Prevalencija (%) | Žene: muškarci | Komorbiditet |
|-------------------|--------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| panični poremećaj | 2-4 | > 2:1 | depresija, drugi anksiozni poremećaji |
| GAP | 5-7 | 2:01 | ukupno 90% ; 50-60 veliki depresivni ili drugi anksiozni poremećaji |
| socijalna fobija | 13-16 | >1:1 | dvostruko veći rizik za ovisnost o alkoholu, 3-6 puta veći rizik za mijenjanje raspoloženja |
| specifične fobije | 10 | 2:01 | depresija i somatotrofni poremećaji |
| Agrofobija | 6 | 2:01 | ne zna se točno |
| OKP | 2-3 | 1:01 | anksioznost, depresija, tikovi, hipohondrija, poremećaji hranjenja |
| PTSP | 7-9 | 2:01 | depresija, OKP, panika |

1.3 Psihoonkologija

Psihoonkologija se u posljednjih trideset godina razvila kao jedna od subspecijalizacije onkologije koja je usmjerena na skrb bolesnika oboljelih od neke maligne bolesti. Danas je psihoonkologija vrlo važno područje u onkologiji i liaison psihijatriji s time da su spoznaje u psihobiološkim i psihosocijalnim dimenzijama karcinoma te ponašanju i psihološkim procesima koji utječu na mortalitet i morbiditet omogućile temelje za mnogo efikasnije psihoterapijske i farmakoterapijske intervencije. Područje njenog djelovanja su dvije psihološke dimenzije maligne bolesti. Tu spada emocionalna reakcija na malignu bolest i terapiju bolesnika, njihovih obitelji i tima koji sudjeluju u liječenju, zatim bihevioralni i psihološki faktori koji utječu na rizik pojave tumora. Onkološki bolesnici suočavaju se s brojnim psihološkim problemima kao što su anksioznost, strah, tuga, zabrinutost, promjena gledanja u budućnost, usamljenost, napuštenost, stigmatizacija. Na duhovnoj razini može doći do brojnih problema koji su povezani sa značenjem koje pojedinac pridaje svom životu, a isto tako može doći i do interpersonalnih problema u odnosu s prijateljima, obitelji i društvenom zajednicom. Svi ti faktori mijenjaju se tijekom faza bolesti (saznanje dijagnoze, liječenje, otpust, preživljavanje karcinoma, palijativna medicina, praćenje) i kod tijeka liječenja (recidiv, progresija, terminalna faza, remisija) koje nose različite psihološke posljedice. U liječenju pacijenata s karcinomom nužan je multidisciplinarni pristup, česta komunikacija među članovima tima i aktivno sudjelovanje bolesnika. Psihoonkolozi u specijaliziranim onkološkim centrima integralni su dio tima koji na temelju detaljne procjene pacijenata primjenjuju farmakoterapijske, socioterapijske i psihoterapijske intervencije i sudjeluju u rješavanju etičkih, pravnih i duhovnih pitanja koji često kompliciraju njegu bolesnika s karcinomom (3). Suportivna psihoterapija jedna je od najvažnijih zadataka psihoonkologa. To je terapijska intervencija koja se povremeno ili neprekidno koristi kako bi se pacijentima pomoglo u suočavanju s uznemirujućim emocijama, pojačala postojeća snaga te unaprijedila prilagodba na bolest. Istražuje se suština pacijenata i promjene uloga kroz stvaranje međusobnog uvjerenja i povjerenja (9).

2. Cilj rada

Cilj rada je opisati zdravstvenu njegu onkološkog bolesnika s anksiozno- depresivnim poremećajem, istaknuti rizične čimbenike na nastanak malignih bolesti, ukazati na važnost psihičkih poremećaja onkoloških bolesnika, ulogu medicinske sestre i tima u provođenju psihoterapijskih i socioterapijskih postupaka, prepoznavanje nuspojava te edukaciju bolesnika i njegove obitelji.

3. Metode rada

Za potrebe izrade završnog rada korišteni su podaci dobiveni uvidom u recentnu, stručnu, znanstvenu, domaću i stranu literaturu iz područja zdravstvene njege onkoloških bolesnika s anksiozno-depresivnim poremećajem.

4. Rezultati

4.1 Psihosocijalni aspekti onkoloških bolesti

Tumor je opasna bolest koju uvijek prati psihološko proživljavanje koje utječe na socijalno, psihološko funkcioniranje bolesnika i njihovu okolinu. Anksioznost i njezine posljedice na način života, samopoštovanje, društvene kontakte, perspektivu i budućnost oboljelog značajno je ukorijenjena u afekt oboljelih i uvelike definira njihov život.

Nekoliko je psiholoških čimbenika koji mogu izazvati pojavu onkoloških bolesti:

1) Činitelji osobnosti

Osobnost je povezana s mnogim bihevioralnim i biološkim čimbenicima i stabilna je tijekom vremena. Upravo zbog tih razloga, osobnost je često proučavana kao potencijalni rizični čimbenik za bolest. Mnogo istraživanja je potvrdilo da je svim onkološkim bolesnicima zajednički problem nemogućnost izražavanja agresije, emocija i potiskivanje depresije. Onkološki bolesnici su zapravo otuđeni od sebe, a vrlo dobro se prilagođavaju drugim ljudima.

2) Stresni način života

Istraživanje ovog područja je pokazalo da je broj životnih događaja u određenom životnom razdoblju, primjerice u proteklih 6 mjeseci, određen i povezan s kasnijom progresijom bolesti. Jedna studija pokazala je kako postoji veza između ozbiljnosti stresnog života, intervala bez bolesti te preživljavanja. Istraživanja ovog faktora su više vezana za tumor dojke i za čimbenike koji su utjecali na razvoj bolesti, a oni su vezani za stresni način života, čak dvostruko nego za kontrolnu skupinu dok je nedostatak ovakvog istraživanja prospektivnost.

3) Socijalna podrška

Postoje dva tipa socijalne podrške: očekivana podrška koja se odnosi na naše uvjerenje da nam netko želi pružiti pomoć i podršku te primljena (stvarna) podrška koja obuhvaća one socijalne resurse koji su nam već pruženi. U istraživanju u kojem je sudjelovalo 224 žena kroz 7 godina, utvrđeno je kako su žene s tumorom dojke koje nisu imale podršku svoje obitelji i okoline živjele znatno kraće od onih koje jesu. Problem ovakvih istraživanja leži u tome da se ne može sa sigurnošću utvrditi koja bi mjera socijalne podrške mogla snažno utjecati na progresiju bolesti.

4) Suočavanje sa bolešću

U većini studija (šest od devet) potvrđeno je kako su osjećaji bespomoćnosti, beznada ili pesimizma povezani s nepovoljnim ishodom bolesti. Stoga, aktivno suočavanje s bolešću ima znatno veliki utjecaj na uspjeh liječenja, a time i na produljenje života.

5) Negativna emocionalna stanja

Iako nije pronađena povezanost između pojave maligne bolesti i simptoma depresije i tjeskobe, ovi simptomi dakako utječu na sami ishod liječenja.

6) Psihijatrijske bolesti

Istraživanja koja su tražila potvrdu povezanosti između onkoloških i psihijatrijskih bolesti nisu konzistentna. Psihijatrijska dijagnoza je kvalitativno drugačija mjera koja ima sasvim drugačiju povezanost sa ishodom bolesti od nesreće. Samo jedna studija je pokazala da je psihijatrijska bolest protektivni faktor za preživljavanje onkološke bolesti; u četiri studije je opisan negativan odnos prema bolesti dok u pet nije pronađena nikakva povezanost.

7) Potiskivanje

Primijećeno je da onkološki bolesnici vrlo često imaju problema s iskazivanjem emocija te su istraživanja mjerenjem stupnja potiskivanja i duljine preživljavanja osoba dokazala da osobe koje svoje emocije iskazuju bez ikakvih problema imaju veće šanse za preživljavanje od bolesti od onih koje te osjećaje sakrivaju (10).

4.2 Povezanost karcinoma, depresije i anksioznosti

Prva reakcija na spoznaju i sumnju da osoba boluje od neke maligne bolesti je strah. Maligna bolest je dovoljna da se tema smrti svakodnevno pojavi u životu bolesnika. To je strah od smrti, odvajanja od obitelji i okoline, ali i odvajanje od samog sebe. Strah od smrti je vrlo bitan pokretač raznih oblika ponašanja. Na temelju toga čovjek je razvio neke kolektivne i individualne mehanizme obrane, obrede i rituale. Čovjekov stav o smrti može varirati od totalne ravnodušnosti pa do paničnog straha (3).

Brojni istraživači zaključili su da je oko 90 % dijagnosticiranih psihičkih poremećaja reakcija na manifestacije bolesti karcinoma ili na terapije koje bolesnici uzimaju (11).

Kod onkoloških bolesnika uz anksiozne i depresivne poremećaje bitno je spomenuti poremećaje prilagodbe koji su vezani za strah od tjelesnih promjena, napadaje panike, seksualnu disfunkciju, posttraumatski stresni poremećaj i različite kognitivne poremećaje. U odraslih s karcinomom, depresija je uobičajena reakcija te vrlo često se pojavljuje zajedno s anksioznošću i bolom. Simptomi koji se pojavljuju, variraju od tuge do velikog afektivnog poremećaja i ponekad je teško odrediti promjene raspoloženja (3).

Da bi se utvrdio depresivni poremećaj tijekom barem dva tjedna moraju biti prisutni pet ili više simptoma koji uključuju: porast ili pad tjelesne težine, depresivno raspoloženje, osjećaj bezvrijednosti ili krivnje, razmišljanje o samoubojstvu ili smrti, smanjenje interesa i užitak u svakodnevnom životu, umor ili gubitak energije, smanjena mogućnost koncentracije i razmišljanja te psihomotorna usporenost ili agitacija. Depresija često ostaje neprepoznata zbog toga što pacijenti nevoljko pričaju o simptomima depresije, zbog poteškoća u razlikovanju normalnog odgovora na stresni događaj i psiholoških simptoma depresije i negativnih stavova na dijagnozu depresije. Tjelesni simptomi uključuju nesanicu, umor, mučnine, povraćanje, bol u zglobovima i leđima, iscrpljenost, glavobolju, zatvor, poremećaj menstrualnog ciklusa i bolovima u prsima (12).

Ova bolest je često povezana sa suicidalnošću, a suvremeni podaci u nas te u svijetu pokazuju kako je suicidalni rizik veći u depresivnih bolesnika i da je u porastu. Često se suicid popularno naziva „konačno rješenje privremenog problema“. Čimbenici koji smanjuju

moгуćnost za samoubojstvo jesu socijalna i obiteljska podrška, puno djece u obitelji, period trudnoće te snažna religijska uvjerenja (13).

Ono je zapravo najteža komplikacija depresije. Bolesnik kojemu je dijagnosticiran ovakav poremećaj može imati samo uvjerenja da bi ostalima bilo bolje da ga nema, a opet može imati i samo prolazna razmišljanja o suicidu. Vrlo je bitno dati naglasak na činjenicu kako je vrijeme oporavka od depresije za bolesnika rizik za suicid jer su simptomi depresije još uvijek prisutni i pacijent koji je svjestan svog zdravstvenog stanja i problema koji su pred njim nalazi načine i snagu za izvršenje samoubojstva (14).

Taj porast je daleko veći kod muškaraca nego u žena. Rezultati istraživanja pokazuju podjednaku važnost serotonina, dopamina i noradrenalina u nastanku depresivnog raspoloženja (15).

Depresija znatno utječe na daljnji tijek lijećenja karcinoma zbog slabije kontrole boli, loše suradljivosti i manjkom želje za dugotrajnom terapijom. Posebno je uobičajena u završnoj fazi bolesti. Dokazano je da u 25% pacijenata s karcinomom ima teške depresivne poremećaje, dok je u terminalnom stadiju bolesti depresivno i do 77% pacijenata (16).

Uz poremećaj depresije, uobičajena reakcija na karcinom, koja se pojavljuje u tzv. kritičnim točkama lijećenja je anksioznost (17). Anksiozni poremećaji su najčešći od svih duševnih poremećaja i mogu dovesti do velikih problema u funkcioniranju. Takvi poremećaji koji se javljaju kod odraslih a i u djece su opsesivno-kompulzivni poremećaji, fobije, posttraumatski stresni poremećaj i panični poremećaj (19).

U psihičke simptome anksioznosti spada osjećaj predstojeće nesreće, strah od iščekivanja, nesvrhsidne radnje, strah od smrti i ludila. Kod općeg anksioznog poremećaja ili težeg stanja mogu se pojaviti tenzije i bolovi u mišićima, unutarnja napetost, stalna iritabilnost, nemogućnost opuštanja, smetnje u koncentraciji te nesanica zbog stalne zabrinutosti (8). Simptomi anksioznosti obično se javljaju nakon: dijagnoze karcinoma, tijekom donošenja odluka o liječenju i zabrinutosti zbog povratka ili progresije bolesti. Anksioznost u ovakvih bolesnika može pojačati osjećaj boli, uzrokovati mučninu i povraćanje i negativno utjecati na kvalitetu života (19). Osoba nije svjesna odakle dolazi napetost i strah, a anksiozna reakcija je zapravo pokušaj da se tijelo oslobodi od ovakva stanja. Kada anksiozno stanje postane dugotrajno i intenzivno te ometa socijalno i psihičko funkcioniranje tada dolazi do poremećaja (18).

Stupanj anksioznosti u onkoloških bolesnika opada tijekom godina nakon dijagnoze, ali bez obzira na liječenje taj stupanj nikad ne doseže nivo anksioznosti u općoj populaciji (20).

Zbog progresije karcinoma, pojava boli može također uzrokovati zabrinutost. Bol bez obzira na povezanost s biološkim čimbenicima poput invazije tumora ili nekog oblika liječenja, bude prisutna još neko vrijeme nakon izlječenja tumora. Često se smatra da karcinomska bol nema utjecaj na psihi bolesnika i da primjena određenih psihoterapijskih postupaka ne može pomoći u suzbijanju boli kao terapija lijekovima.

Tek posljednjih 20 godina uzima se u obzir povezanost između doživljaja karcinomske boli sa psihološkim čimbenicima (anksioznost, depresija).

U nekoliko istraživanja potvrđeno je kako:

- 1) Bolesnici koji boluju od karcinoma koji osjećaju bol podložniji su depresiji, anksioznosti i ljutnji u usporedbi s onim bolesnicima s karcinomom koji ne osjećaju bol. Bolesnici s dugim trajanjem i intenzitetom imaju pojačane smetnje raspoloženja;
- 2) U onih bolesnika kojima je prognoza preživljavanja manja od 6 mjeseci, koji imaju pojačanu razinu boli, veća vjerojatnost je da su anksiozni te su skloni brojnim oscilacijama raspoloženja;
- 3) Bolesnici u terminalnoj fazi karcinoma, koji osjećaju intenzivnu bol, imaju veću zabrinutost zbog bolova;
- 4) Kod bolesnika s većom razinom boli, upućeni u posebne tretmane liječenja boli, postoji veća vjerojatnost da su negativnog raspoloženja;
- 5) Doživljaj boli uzrokovan karcinomom često je povezan s većom razinom anksioznosti i depresije, negativnim raspoloženjem i strahom. Oboljele osobe trebaju biti svjesne da su tijekom intenzivne boli češće oscilacije raspoloženja i emocija tijekom intenzivne boli. Za smanjenje psihološkog distresa liječenje se vrši psihološkim tretmanima, uzimanjem lijekova te vlastitim naporom. Stručnjaci koji svakodnevno rade s onkološkim bolesnicima, moraju paziti na simptome psihološkog distresa koji imaju bolove. Liječenje i detaljna evaluacija imaju vrlo važnu ulogu u liječenju karcinomske boli (3).

4.2.1 Faktori prilagodbe na malignu bolest

Kako svaka bolest traži neku vrstu tretmana za ublažavanje ili izlječenje bolesti, ono što je vrlo važno, a malo kad se spominje psihološki odgovor bolesnika na promjenu tjelesnog stanja. Tu spadaju faktori koji utječu na psihološko prilagođavanje malignom oboljenju i prediktori negativnog suočavanja s bolešću.

Faktori koji utječu na psihološko prilagođavanje malignom oboljenju:

1. Društveni- otvoreno raspravljanje o dijagnozi, upućenost u različite mogućnosti liječenja, prognozu bolesti, uključivanje obitelji u liječenje;
2. Unutarnji- javljanje emocionalne zrelosti u vrijeme pojave maligne bolesti i određena filozofska, religiozna vjerovanja koja mogu znatno utjecati na suočavanje s bolešću;
3. Socio-ekonomski- socijalna podrška onkologa i ostalih članova medicinskog tima uključenih u proces liječenja.

Prediktori negativnog suočavanja sa bolešću:

1. Socijalna izolacija;
2. Brojne obaveze;
3. Dosadašnje psihijatrijske bolesti u anamnezi;
4. Pesimistični način razmišljanja o životu;
5. Zloupotreba droge i alkohola;
6. Loš socio-ekonomski status (21).

4.3 Liječenje anksioznog i depresivnog poremećaja

Liječenje anksioznog i depresivnog poremećaja uključuje liječenje psihofarmacima, psihoterapijom, socioterapijom i ostalim oblicima liječenja. Ono se provodi u kombinaciji ili samostalno. Neke jednostavnije slučajeve moguće je liječiti samo psihološkim metodama.

4.3.1 Psihofarmakološko liječenje

Odabir terapije ovisi o tjelesnom stanju bolesnika i njihovoj osnovnoj bolesti koja ima mogućnosti interferirati s primjenom psihofarmaka. Vrlo su česte kombinacije psihofarmaka, a posebno treba biti oprezan kako ne bi došlo do interakcija s citostaticima (3). U današnje vrijeme zbog potrebe za jačom sedacijom, sve su više u uporabi novi antipsihotici koji su pokazali izvrsnu učinkovitost s prihvatljivim profilom nuspojava. Prema klasifikaciji antidepresive dijelimo na inhibitore ponovne pohrane serotonina, inhibitore ponovne pohrane monoamina, inhibitore monoaminooksidaze i ostale antidepresive.

Najbitniji su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI prema eng. Selective serotonin reuptake inhibitors) koji se u današnje vrijeme koriste kao antidepresivi prvog izbora zbog njihove učinkovitosti, sigurnosti te dobre podnošljivosti. U liječenju depresije antidepresivi imaju različito djelovanje i različitu kemijsku strukturu. Smanjuju tjeskobu i strah, povećavaju tek, reguliraju psihomotoriku, poboljšavaju raspoloženje, smanjuju nesanicu. Uspješna antidepresivna terapija se bazira na kreativnom, racionalnom, sistemskom i holističkom procesiranju (22).

Za prikladan odabir antidepresiva osim učinkovitosti bitne su i nuspojave koje idu uz lijek. Nuspojave podrazumijevaju svaku neželjenu, štetnu reakciju pri uporabi lijeka. Najčešća nuspojava tetracikličkih i tricikličkih antidepresiva je sedacija, a najčešći autonomni učinci tih antidepresiva su znojenje, palpitacije, vrtoglavica, ortostatska hipotenzija i povišen krvni tlak. Tijekom liječenja ovim antidepresivima zabilježene su i promjene tjelesne težine, kardiovaskularne nuspojave te promjene u elektrokardiogramu (23). Nažalost, antidepresivi se često ne propisuju za pacijente s rakom. Oko 25% svih pacijenata je depresivno, ali samo oko 16% prima lijekove za depresiju. Izbor antidepresiva ovisi o pacijentovim simptomima,

potencijalnim nuspojavama antidepresiva, individualnim medicinskim problemima osobe i prethodnom odgovoru na antidepresivne lijekove (24). Jedno britansko istraživanje potvrdilo je kako SSRI antidepresivi blokiraju učinkovitost tamoksifena (izbor lijeka za estrogen pozitivni karcinom dojke) što uzrokuje povećani rizik od smrti od karcinoma dojke za 91% u 2,5-godišnjem razdoblju praćenja (25).

U skupinu anksiolitika spadaju benzodiazepini (dugodjelujući -diazepam, kratkodjelujući- alprazolam, lorazepam) te busipiron. Busipiron je vrlo učinkovit u smanjivanju simptoma psihičke napetosti nego u smanjivanju simptoma tjelesne napetosti. Benzodiazepine treba koristiti kratkotrajno (2-6 tjedana) i postepeno prekinuti (23). Benzodiazepini imaju veliku učinkovitost kod pacijenata oboljelih od karcinoma. Uz kemoterapiju, uzrokuju sedaciju, ograničavaju povraćanje, potiskuju opoziv liječenja i nemir povezan s metoklopramidom i drugim dopaminskim antagonističkim antiemetičima te se zbog toga smatraju vrlo poželjnim za pacijente (26). Katkad benzodiazepini mogu uzrokovati kod starijih osoba ali i kod djece pojačanu anksioznost, uzbuđenost i iritabilnost. Simptomi koji se javljaju nakon prestanka uzimanja benzodiazepama su gubitak apetita, depersonalizacija, glavobolja, parestezije, bolovi u mišićima, nesanica, tremor, metalni okus u ustima, preosjetljivost na zvuk, svjetlo, miris i dodir. Također se preporučuje izbjegavanje i uzimanje lorazepama i triazolama zbog mogućeg pogoršanja kognitivnih funkcija (23). Iako lorazepam može uzrokovati antegradnu amneziju, pokazao se korisnim u ublažavanju simptoma mučnine i povraćanja koji se javljaju kod citotoksične kemoterapije (27).

4.3.2 Psihoterapijski pristup u radu s onkološkim pacijentima

Čimbenici koji su neophodni kako bi se formulirao psihoterapijski pristup u radu s bolesnicima oboljelih od malignih bolesti temelje se na :

- a) strukturnoj osobnosti pacijenata;
- b) obrascima ponašanja iz prošlosti;
- c) sadašnjim problemima pacijenata;
- d) životnim situacijama pacijenata što uključuje njihov doživljaj i značenje bolesti.

Psihoterapijski pristup na odjelu onkologije uključuju navedene aktivnosti:

- 1. Savjetovanje liaison psihijatra s onkolozima;
- 2. Suradnja medicinskog tima i obitelji;
- 3. Edukativno-informativne sastanke s pacijentima;
- 4. Individualni psihoterapijski pristup;
- 5. Grupna (zajednička) psihoterapija.

1. Savjetovanje liaison psihijatra s onkolozima

Psihijatri bi se trebao jednom tjedno sastajati s onkolozima kako bi ukazali na one pacijente koji imaju psihološke poteškoće što se tiče prihvatanja bolesti i određenih terapijskih zahtjeva. Zadatak osoblja je da kod bolesnika identificiraju negativne osjećaje te da im se omogući njihovo savladavanje i otvoreno ispoljavanje pred drugima.

2. Suradnja medicinskog tima i obitelji

Svaka obitelj bolesnika u slučaju neke ozbiljne bolesti najčešće reagira strahom. Ono što je iznimno važno jest uključiti obitelj u terapijski proces kronične bolesti jer to pomaže pacijentu u prevladavanju anksioznosti te jačanju sigurnosti same obitelji koja je utučena spoznajom da njeni član boluje od neke maligne bolesti. Ona obitelj koja je i prije te spoznaje imala određenih poteškoća, teže se prilagođava na bolest člana.

3. Edukativno-informativni sastanci bolesnika

Uz izdvajanje onih pacijenata koji imaju neadekvatne mehanizme obrane, psihijatri koriste i metodu edukativno- informativnih sastanaka. Edukativno-informativni sastanci daju mogućnost bolesnicima da govore o simptomima i nastanku simptoma s naglaskom na vezu ranijih iskustava sa sadašnjim reakcijama.

4. Individualni psihoterapijski pristup

Individualni pristup je prvi korak za kreiranje i stvaranje stabilnog i čvrstog terapijskog odnosa. Terapeut treba s empatijom pristupati bolesnicima. U početnoj fazi terapeut treba skupljati informacije o osjećaju krivnje, agresije, ljutnje i ostalim činiteljima. U završnoj fazi bolesnici zajedno sa terapeutom kreiraju mogućnost prihvatljivijeg, zdravijeg modela življenja.

5. Grupna (zajednička) psihoterapija

Grupna psihoterapija je izuzetno zahtjevan terapijski pristup i zahtijeva se daleko više aktivnosti od terapeuta dok se bolesnike uključuje u grupu tek nakon ostvarivanja pozitivnog odnosa s terapeutom. U grupnoj psihoterapiji smanjuje se osjećaj usamljenosti, ublažavaju se bolesnikove emocionalne tegobe te jača samopoštovanje. Grupna psihoterapija znači da se bolesnici stalno nalaze u interakciji i komunikaciji s drugim članovima grupe. Posebna značajka grupe je ta da stalno drži bolesnike u stvarnosti i pomaže im da se u toj stvarnosti održe i snađu. U grupi pojedinci dobivaju podršku od drugih i osjećaju se prihvaćenima. Činjenica je da u grupi ne postoji težnja osoba ka osamljivanju i postoje razne mogućnosti da se oslobodi od napetosti na prikladan način te aktiviraju vlastite snage i stavovi koje omogućuju prilagođavanje grupi. Za ovakvo vođenje grupe potrebna je posebna grupno-analitička edukacija (3).

4.3.2.1 Liaison terapija

Liaison je francuska riječ koja se koristi i u engleskom jeziku, a znači povezanost, suradnju. Označava povezanost somatske medicine i psihijatrije. Liaison psihijatrija je grana kliničke psihijatrije, koja nastoji spojiti medicinu u cijelosti, sve medicinske specijalnosti i pacijente u sustav zdravstvene zaštite što uključuje funkciju istraživanja i edukacije. Za rad liaison psihijatra, ponekad se upotrebljava pojam konzultativna odnosno savjetodavna psihijatrija. Savjetodavni psihijatri nalaze se u stacionarno psihijatrijskoj ustanovi, psihijatrijskoj ambulanti ili na poziv liječnika dolaze dati savjet.

Glavni zadatak liaison psihijatrije je unaprjeđenje brige o pacijentima pri čemu izričito vodi briga o socijalnim i psihološkim čimbenicima koji mogu tijekom liječenja imati utjecaj, na daljnji razvoj bolesti, pojavu i tijek bolesti te tijekom liječenja.

U organsku medicinu, psihijatri se često uključuju zbog:

- 1) psiholoških posljedica stresa;
- 2) psiholoških reakcija na somatsku bolest;
- 3) psihijatrijskih aspekata somatske bolesti;
- 4) organskih reprezentacija psihičke bolesti;
- 5) psihosomatskih oboljenja;
- 6) psihijatrijskih komplikacija somatske bolesti.

Kako je uloga liaison psihijatra ponajprije usmjerena na oboljele, njihove reakcije na bolest i psihička proživljavanja, aktivnost psihijatra započinje kontinuiranim praćenjem bolesnika tijekom cijele hospitalizacije, a ukoliko je to u mogućnosti i nakon otpusta. Sljedeći zadatak koji pomalo izaziva sukobe interesa jest uključivanje liaison psihijatra u bolnički tim tijekom radnog vremena. Tako psihijatri mogu pratiti reakcije između tima, reakcije pojedinog člana, zatim njegovog odnosa s pacijentima i odnosa cjelokupnog tima prema oboljelima. U radu s timom, psihijatri preveniraju sukobe između članova tima i odnosa tim-pacijent te određene krizne situacije dok je nedostatak ovakvog pristupa u prečestom analiziranju odnosa u timu i preaktivno sudjelovanje psihijatra. Veliki broj pacijenata prema liječniku ima pozitivni odnosno transferni odnos.

Kada su bolesne, osobe dožive psihičku regresiju i od liječnika očekuju konkretnu pomoć, razumijevanje i podršku. Za određeno znanje i iskustvo psihoterapijskog pristupa potrebno je iskustvo, znanje i analiza svakodnevnog rada.

Neki od psihoterapijskih ciljeva individualnog rada s bolesnicima:

- 1) Pokušati smanjiti otpor liječenju;
- 2) Pomoći pacijentima da prihvate bolest;
- 3) Slomiti tendenciju prema dubljoj pasivizaciji, regresiji;
- 4) Aktivirati ih na odgovornije postavljanje prema poteškoćama;
- 5) Ukloniti potencijalne konflikte koji mogu imati utjecaj na terapijski proces.

Vrlo važni elementi psihoterapijskog pristupa su ponajprije komunikacija s pacijentima, što ih žalosti, brine, zatim slušanje i uvažavanje bolesnikovih patnji. U liaison psihijatriji psihoterapijska tehnika izbora je suportivna psihoterapija i njezin cilj je ublažiti ili ukloniti tegobe te uspostaviti psihičku ravnotežu. Svrha ovakvog liječenja nije promijeniti ličnost bolesnika jer su hospitalizirani zbog drugih bolesti, iako zbog psihoterapijskih intervencija i same hospitalizacije mogu uzrokovati određenu promjenu u osobnosti. Kod svakodnevnog susreta s pacijentima pokušava se ojačati ego. U onih bolesnika sa snažnim egom, svrha intervencija je uspostaviti prvobitnu ravnotežu. Bitno je da liaison psihijatri budu educirani iz grupne analize jer se upravo mnoga događanja odvijaju u timu, na odjelu i slično (28).

4.3.3 Socioterapija

Socioterapija je vrsta liječenja i njezin primarni zadatak je djelovanje na socijalno funkcioniranje bolesnika i na povećanje njihovih sposobnosti kako bi djelovali u najboljem socijalnom smislu. Razlika između psihoterapijskog i socioterapijskog postupka je da se psihoterapijski postupak temelji na poticanju verbalizacije vlastitih osjećaja, a socioterapijski na svladavanju emocionalne napetosti na nepatološki način pomoću grupe. Socioterapijski postupci u užem smislu dijele se na grupnu socioterapiju, terapijsku zajednicu, trening socijalnih vještina, rekreativnu terapiju i radnu terapiju, a u širem smislu na izvanbolnički socioterapijski program, dnevnu bolnicu, socioterapijski klub, liječenje bolesnika u obitelji. Grupna socioterapija je postupak liječenja čije je terapijsko sredstvo grupa i ona je skup osoba koje ulaze u neposredni i posredni odnos u određenom vremenskom razdoblju. Na sastanku terapijske zajednice u kojoj sudjeluju svi članovi osoblja i bolesnici, svakodnevno se raspravlja o problemima koji se javljaju na odjelu i problemima uloge svih članova osoblja i bolesnika. Trening socijalnih vještina sastoji se od poboljšavanja i savladavanja različitih životnih situacija i zadataka. U vještine spada psihosocijalna intervencija strukturirana u odnosu na potrebe socijalno- disfunkcionalnih osoba, pravila odijevanja, ponašanja, izražavanja emocija, pravila o tome što reći, a što ne. Okupacijska ili radna terapija planska je aktivnost koja nastoji povećati samostalnost osoba u svakodnevnim aktivnostima, reintegrirati osobe u društvo i obitelj te im omogućiti da i dalje sudjeluju u životnim ulogama kako bi se osjećali produktivnima, korisnima, potrebnima i zadovoljnima. Rekreativna terapija obuhvaća razne kulturno-zabavne i sportske aktivnosti koje na osobe djeluju opuštajuće i rekreativno. Dnevna bolnica se sastoji od institucijskih oblika unutar kojih su organizirane razne socioterapijske aktivnosti te postupci u užem smislu. U dnevnoj bolnici se primjenjuju različiti psiho-, socio-, farmakoterapijski postupci. U socioterapijskom klubu, odgovornost se maksimalno prenosi na bolesnike, često sudjeluje i obitelj pacijenata. Aktivnosti u klubu sastoje se od niza situacija koje pogoduju stvaranju novih iskustava, a rodbina i članovi obitelji donose socijalne modele ponašanja u klub (29). Dva su pristupa kod liječenja bolesnika u obitelji: liječenje u vlastitim obiteljima i liječenje u udomiteljskim obiteljima. Oba pristupa uključuju farmakološku terapiju, grupnu terapiju i okupacijsku ili radnu terapiju. U liječenju sudjeluju timovi stručnjaka kao što su psihijatri, medicinske sestre, psiholozi i socijalni radnici (30).

4.4 Uloga medicinske sestre

U onkologiji, medicinske sestre preko raznih savjetodavnih i edukativnih aktivnosti pružaju pomoć u:

- podizanju volje
- podizanju znanja o čimbenicima nastanka onkoloških bolesti
- podizanju razine zdravstvene svijesti
- usvajanju zdravih životnih stilova
- potrebi redovite samokontrole zdravlja
- potrebi redovitog zdravstvenog nadzora

Od velikog značaja je pružiti podršku bolesnicima i njihovim obiteljima. Što su veze u obitelji čvršće prije saznanja dijagnoze, obitelj će dati pozitivnije reakcije na prilagodbu bolesnika tijekom postavljanja dijagnoze, terapije i oporavka. Osobama oboljelim od malignih bolesti izuzetno je važno omogućiti da sudjeluju u raznim aktivnostima onoliko koliko mogu i žele i pružiti im pomoć u obavljanju istih. Kada maligna bolest uznapreduje, dolazi do mnogih promjena u životu bolesnika i tada je zadatak medicinske sestre podučavati obitelji bolesnih u obavljanju osnovnih ljudskih potreba poput hranjenja, oblačenja, kupanja itd. Medicinska sestra treba oboljele od depresije i anksioznosti poticati:

- na razgovor s njima iako oni odbijaju kontakte i suradnju kako bi mu se dalo do znanja da im se želi pomoći i biti s njima i onda kada šute;
- razgovore o vedrim temama koje će bolesnike barem malo razveseliti;
- bolesnike na komunikaciju s ostalim bolesnicima i uključivati ih u razne oblike socioterapije;
- osobine ličnosti na koje je su pacijenti bili ponosni za vrijeme zdravlja (hrabrost, upornost, urednost i drugo) (4).

4.4.1 Sestrinske dijagnoze i intervencije

„Strah - negativan osjećaj koji nastaje uslijed zamišljene ili stvarne opasnosti“ (31).

Prikupljanje podataka: - podatke o čimbenicima koji uzrokuju osjećaj straha

- prikupiti podatke o dosadašnjim strahovima
- prikupiti podatke o suočavanju sa stresom
- prikupiti podatke o načinima suočavanja sa stresom
- prikupiti podatke o tjelesnim manifestacijama straha

Kritični čimbenici: - bol

- operativni zahvati
- nedostatak znanja
- promjena okoline
- anestezija

Vodeća obilježja: - panika

- tjeskoba
- smanjenje koncentracije
- povraćanje
- bljedilo
- znojenje
- grčevi
- tahikardija

Mogući ciljevi:

- pacijent će prepoznati faktore koji imaju utjecaj na pojavu straha
- pacijent će primijeniti tehnike suočavanja sa strahom
- pacijent neće osjećati strah

Intervencije:

- provjeriti pacijentovo shvaćanje svoje dijagnoze
- poticati pacijenta na izražavanje vlastitih osjećaja
- potaknuti pacijenta na postavljanje pitanja i iskreno odgovarati na ista
- uključiti pacijenta u plan zdravstvene njege
- omogućiti dovoljno vremena za razgovor
- pacijenta upoznati s medicinskim osobljem, okolinom, aktivnostima i drugim pacijentima
- osigurati tihu i mirnu okolinu
- omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka
- koristiti razumljive riječi kod edukacije pacijenta
- znati primjereno reagirati na pacijentovo ponašanje i izjave

Evalvacija:

- pacijent ne osjeća strah
- pacijent ima smanjenu razinu straha
- pacijent za prepoznati faktore koji dovode do osjećaja straha

„Neupućenost - nedostatak vještina i znanja o specifičnom problemu“ (31).

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o pacijentovim životnim navikama i stilu života
- prikupiti podatke o pacijentovoj dobi
- prikupiti podatke o pacijentovim kognitivno perceptivnim funkcijama
- procijeniti motivaciju pacijenta za svladavanje potrebnih vještina i znanja
- prikupiti podatke o odnosima i ulogama u obitelji pacijenta

Kritični čimbenici:

- depresija
- tjeskoba
- ograničenja kognitivno perceptivnih funkcija - nedostatak specifičnih znanja
- netočno tumačenje informacija

Vodeća obilježja:

- nepravilno izvođenje određenih vještina
- nepostojanje specifičnog znanja

Mogući ciljevi:

- pacijent će objasniti dijagnozu, prognozu i moguće komplikacije bolesti
- pacijent će aktivno sudjelovati tijekom edukacije- pacijent će demonstrirati naučenu vještinu

- Intervencije:
- pacijentu omogućiti da usvoji specifično znanje
 - pohvaliti pacijenta za usvojeno znanje
 - dati mogućnost pacijentu i njegovoj obitelji da postavljaju pitanja
 - tijekom edukacije osigurati potrebna pomagala
 - prilagoditi učenje pacijenta njegovim kognitivnim sposobnostima
 - potaknuti pacijenta da demonstrira naučenu vještinu

- Evaluacija:
- obitelj aktivno pruža skrb i podršku pacijentu
 - pacijent uspješno demonstrira specifične vještine
 - pacijent uspješno verbalizira specifična znanja

„Kronična bol - neugodan nagli ili usporeni osjetilni i čuvstveni doživljaj koji proizlazi iz stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva bez predvidljivog ili očekivanog završetka u trajanju dužem od 6 mjeseci“ (31).

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o promjenama raspoloženja
- prikupiti podatke dosadašnjim načinima ublažavanja boli
- prikupiti podatke o širenju, trajanju, lokalizaciji i kvaliteti boli
- prikupiti podatke o utjecaju kronične boli na socijalni život pacijenta

Kritični čimbenici:

- prikupiti podatke o prijašnjim ozljedama

Kritični čimbenici:

- maligne bolesti
- oboljenja organskih sustava
- neadekvatan položaj
- neaktivnost
- oboljenja lokomotornog sustava

Vodeća obilježja:

- umor
- promjene u kvaliteti spavanja
- depresija
- nemir
- promjene tjelesne težine
- nesanica
- ljutnja

Mogući ciljevi:

- pacijent neće osjećati bolove
- pacijent će prepoznati faktore koji imaju utjecaj na pojavu boli
- pacijent će primijeniti načine koji služe ublažavanju boli
- pacijent će pokazati na skali boli najnižu razinu

Intervencije:

- mjeriti vitalne funkcije
- omogućiti pacijentu da se odmori
- pokušati ublažiti strah prisustvom i razgovorom
- podučiti pacijenta kako da se smjesti u ugodan položaj
- masirati područje boli koliko je moguće
- ohrabrivati pacijenta
- ukloniti faktore koji utječu na pojačanje boli
- objasniti pacijentu djelotvornost toplih i hladnih obloga
- dokumentirati procjenu boli pomoću skale za bol

Evaluacija:

- pacijent ne osjeća bolove
- pacijent na skali za bol pokazuje nižu razinu boli od početne
- pacijent zna nabrojati načine za ublažavanje bolova
- pacijent zna prepoznati faktore koji utječu na pojavu boli i razinu boli

„Anksioznost - nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću , tjeskobom, panikom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti“ (32).

Prikupljanje podataka:

- od pacijenta pokušati saznati povezanost između pojave anksioznosti i činitelja koji dovode do nje
- procijeniti pacijentove načine suočavanja sa stresom i anksioznosti te kroz razgovor od njega i njegove obitelji saznati prijašnja suočavanja sa sličnim stanjem
- fizikalnim pregledom utvrditi postoje li znakovi samoozljeđivanja
- procijeniti stupanj anksioznosti pacijenta

Kritični čimbenici:

- promjene rutina i okoline
- strah od smrti
- osjećaj izoliranosti
- promjena uloge
- nepoznati čimbenici

Vodeća obilježja:

- umor
- hipertenzija
- razdražljivost
- smanjena koncentracija
- glavobolja

- Mogući ciljevi:
- pacijent će znati prepoznati simptome anksioznosti
 - pacijent će imati nižu razinu znakova anksioznosti
 - pacijent će opisati pozitivno suočavanje s anksioznosti
- Intervencije:
- prema pacijentu stvoriti profesionalan empatijski odnos
 - koristiti razumljive riječi kod edukacije i informiranja pacijenta
 - podučiti pacijenta pravilnoj upotrebi anksiolitika
 - poticati pacijenta da traži pomoć sestre, liječnika ili bliskih osoba svaki put kada osjeti osjećaj anksioznosti
 - smanjiti buku u pacijentovoj okolini
 - informirati pacijenta o planiranim postupcima
 - pružiti pacijentu osjećaj sigurnosti i povjerenja, biti uz njega kada je to potrebno
 - pratiti neverbalne izraze anksioznosti
 - nadzirati uzimanje propisane terapije
- Evalvacija:
- pacijent zna prepoznati znakove anksioznosti
 - pacijent verbalizira smanjenu razinu anksioznosti
 - pacijent opisuje pozitivno suočavanje s anksioznosti

„Visok rizik za suicid - stanje u kojem je pojedinac u opasnosti zbog postojećeg rizika za izvršenje suicida“ (33).

Prikupljanje podataka:

- saznati jesu li prijašnje suicidalne ideje pacijenta navodile suicidalnom ponašanju
- saznati je li pacijent pokušao izvršiti samoubojstvo
- prikupiti podatke o tome koliko je intenzivna i česta pojava suicidalnih ideja
- prikupiti podatke o tome koliko je pacijent socijalno izoliran
- prikupiti podatke postoje li misli koje sprječavaju izvršenje samoubojstva, primjerice obitelj, pacijentova uvjerenja, prijatelji, obaveze

Kritični čimbenici:

- suicidalne misli
- zlouporaba opojnih sredstava
- depresija

Vodeća obilježja:

- beznade
- rigidna razmišljanja
- smanjena orijentiranost na budućnost
- oslabljene vještine u rješavanju poteškoća
- uspomene vezane samo uz negativna iskustva

| | |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mogući ciljevi: | <ul style="list-style-type: none"> - pacijent će koristiti učinkovite metode suočavanja s anksioznošću i stresom - pacijent će prihvatiti pomoć medicinskog tima kod pojave suicidalnih misli - pacijent si neće pokušati namjerno oduzeti život |
| Intervencije: | <ul style="list-style-type: none"> - na vrijeme opaziti brze promjene u ponašanju - poticati pacijenta na izražavanje osjećaja - potaknuti pacijenta i njegovu obitelj da se uključe u grupnu terapiju - educirati pacijentove bliske osobe kako prepoznati znakove visokog rizika za suicid - omogućiti sigurnu okolinu za pacijenta koji je pod visokim rizikom za samoubojstvo - neprestano pratiti i znati procijeniti visok rizik za samoubojstvo |
| Evaluacija: | <ul style="list-style-type: none"> - pacijent koristi učinkovite metode suočavanja sa anksioznošću i stresom - pacijent prihvaća pomoć od strane medicinskog tima kod pojave suicidalnih misli - pacijent si ne želi oduzeti život |

5. Rasprava

Brojna istraživanja potvrdila su kako psihološki faktori poput stresnih životnih događaja, socijalnih odnosa, podrške okoline, individualnih faktora, negativnih emocionalnih reakcija te potiskivanja osjećaja imaju veliki utjecaj na pojavu onkoloških bolesti jer pod utjecajem stresa dolazi do slabljenja obrambenih snaga u organizma (pad imunog i endokrinog sistema). Maligni tumori mogu uzrokovati značajne promjene u tijelu i percepciji vlastitog tijela, a vrsta tumora, njegov stupanj razvoja, može bitno utjecati na biološke karakteristike i tijek liječenja zbog različitih emocionalnih reakcija pacijenata. Prije uvođenja psihofarmaka potrebno je uzeti u obzir stupnjeve oštećenja organa zahvaćenih tumorom, vrste onkoloških terapija i nuspojave, komorbiditete, intenzitete poremećaja, stupnjeve prisutnosti bolova i mogućnost razvitka metaboličkih poremećaja. Također je važan i odnos povjerenja između pacijenata i zdravstvenog osoblja te raznovrsni (multimodalni) i timski (multidisciplinarni) pristup (34).

Istraživanje koje je provodila Burgess, pokazuje kako je incidencija depresije i anksioznosti u onkoloških bolesnika tri puta veća nego u općoj populaciji te varira od 43,5% do 60%. Uspoređujući incidenciju depresije, najveća incidencija depresije utvrđena je kod bolesnika s karcinomom gušterače i pluća, a najmanja incidencija kod bolesnika koji su oboljeli od kožnih karcinoma. Nadalje, u onkoloških bolesnika dob, spol, materijalni status i stupanj obrazovanja nemaju nikakvu ulogu kod intenziteta depresije i anksioznosti (35).

Kako bi psihoterapija u onkoloških pacijenata bila što uspješnija, potrebno je bolesnike što više motivirati na liječenje, naučiti ih kako da lakše prihvate bolest te pokušati odstraniti aktualne konfliktne situacije kojima su bolesnici neprestano izloženi, a koji mogu utjecati na terapijske i dijagnostičke procese (36).

Medicinska sestra koja skrbi za onkološke bolesnike mora imati specifično znanje o malignim bolestima. Sestrinske intervencije moraju biti usmjerene na zbrinjavanje, njegu, edukaciju, rehabilitaciju, pružanje potporne i palijativne skrbi (37). Sestrinska praksa u psihijatriji bazira se na prepoznavanju psihopatoloških događanja, psihičkog života te socijalno psiholoških i bioloških utjecaja na neku osobu.

Medicinska sestra treba razumjeti bolesnikove poruke i ponašanje jer je to neophodni dio procesa njegovanja. Odnos prema pacijentima treba biti profesionalan i stručan, a pristup individualan odnosno koji se poklapa s njihovim potrebama (38).

Za medicinsku sestru koja provodi zdravstvenu njegu duševnih bolesnika nije bitno znanje već i vještina komunikacije. Kako je ona često prva osoba koja uspostavlja kontakt s pacijentima i provodi najviše vremena s njima i obitelji, može primijetiti promjene vezane uz simptome bolesti, ponašanja i prenijeti svoje opažanje liječniku odnosno timu. Uspjeh zdravstvene skrbi uvelike ovisi o poznavanju sestrinskih psihijatrijskih principa, razumijevanja ljudskog ponašanja, sposobnosti prilagodbe na različite zahtjeve i funkcije njezine uloge za dobrobit pacijenata kao i otvorenost za strahove bolesnika i osjećaje. Skrb medicinske sestre za ovakve bolesnike je individualizirani i sustavni način da bi se postigao pozitivan ishod zdravstvene njege (39).

Načinom na koji provodi postupke te neverbalnom i verbalnom komunikacijom medicinska sestra pokazuje poštovanje prema bolesnicima i obitelji te im pomaže u očuvanju časti i dostojanstva i šireg okruženja. Osnovni uvjeti za stvaranje partnerskog odnosa i sudjelovanje bolesnika u procesu zdravstvene njege i donošenja glavne odluke o zdravlju jest pažnja, zainteresiranost, empatija i razumijevanje medicinske sestre te poticanje bolesnika da izražava misli, uvjerenja, očekivanja i želje (40).

6. Zaključak

Saznanje o tome da postoji maligna bolest u bolesnika izaziva niz psihosocijalnih problema. Zadatak medicinske sestre u onkoloških bolesnika je prepoznati znakove koji navode na najčešće spomenute psihijatrijske poremećaje. U procesu liječenja psihofarmacima, medicinska sestra mora znati djelovanje psihofarmaka i njihove nuspojave kako bi mogla opaziti moguće reakcije pacijenta na ordinirani lijek. Ponekad psihijatrijski poremećaji anksioznosti i depresije imaju kroničan tijek, zbog čega je potrebno dugotrajno uzimanje terapije. Tada je zadatak medicinske sestre neprestano informirati liječnika o nastalim nuspojavama kako bi se pacijentu osiguralo kvalitetnije liječenje. Uz potrebno znanje koje medicinska sestra onkološkog bolesnika s anksiozno-depresivnim bolesnikom mora posjedovati, bitna je i vještina provođenja edukacije pacijenta i njegove obitelji. Edukacija se odnosi na podučavanje o načinu korištenja lijeka, nuspojavama i načinu kako na vrijeme prepoznati nuspojave te ih odgovarajućim postupcima liječenja smanjiti ili ukloniti. Uz edukaciju, vrlo je bitna psihološka potpora koja bitno pridonosi poboljšavanju kvalitete života pacijenta i njegove obitelji.

7. Literatura

1. Incidencija raka u Hrvatskoj-Onkologija [Online]. 2016. Dostupno na :
<http://www.onkologija.hr/incidencija-raka-u-hrvatskoj/> (13.10.2017)
2. Hrvatska liga protiv raka [Online]. Dostupno na:
<http://hlpr.hr/rak/vijest/rak-pluca> (13.10.2017)
3. Gregurek R, Braš M. Psihoonkologija. Osijek: Grafika Osijek; 2008.
4. Trivić M, Martinović Z, Stanić K. Medicinska sestra i onkološki bolesnici [Online].
Dostupno na : <http://sestrinstvo.kbcm.hr/medicinska-sestra-i-onkoloski-bolesnici/>
(13.10.2017)
5. Šamija M, Vrdoljak E, Krajina Z. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
6. World Health Organization. Cancer: Key facts [Online]. 2015. Dostupno na:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> (13.10.2017)
7. Hautzinger M. Depresija: modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje. Jastrebarsko:
Naklada Slap; 2009.
8. Hollander E, Simeon D. Anksiozni poremećaji. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006.
9. Watson M, Kissane D. Handbook of Psychotherapy in cancer care [Elektronička knjiga].
2011. Dostupno na: [http://file.zums.ac.ir/ebook/061-
Handbook%20of%20Psychotherapy%20in%20Cancer%20Care-
Maggie%20Watson,%20David%20W.%20Kissane-0470660031-Wiley-201.pdf](http://file.zums.ac.ir/ebook/061-Handbook%20of%20Psychotherapy%20in%20Cancer%20Care-Maggie%20Watson,%20David%20W.%20Kissane-0470660031-Wiley-201.pdf) (13.10.2017)
10. Garssen B. Psycho-oncology and cancer. Linking psychosocial factors with cancer
development [Online]. 2002. Dostupno na:
<https://pdfs.semanticscholar.org/b462/2705243b382778789ddb135ee49aae8b5988.pdf>
(13.10.2017)
11. Derogatis LR . The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. PubMed
Central [Elektronički časopis]. 1983 Feb 11;249(6):751-7. Dostupno na:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6823028> (13.10.2017)

12. Vidović B. Logoterapijski pristup depresiji. Hrčak; Portal znanstvenih časopisa Republike Hrvatske [Elektronički časopis]. 2016. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/search/?show=results&stype=1&c%5B0%5D=article_search&t%5B0%5D=logoterapijski+pristup+depresiji+boris (13.10.2017)
12. Mayou R, Sharpe M, Carson A. ABC of psychological medicine. BMJ Publishing Group [Elektronički časopis]. 2003. Dostupno na: <http://med.utq.edu.iq/images/books/3/ABC%20Of%20Psychological%20Medicine%202003.pdf> (13.10.2017)
13. Bradaš Z, Božičević M, Marčinko D. Suicidologija. Zagreb: HUMS; 2012.
14. Filaković P. i suradnici. Psihijatrija. Medicinski fakultet Osijek; 2014.
15. Kozarić-Kovačić D, Jendričko T. Suicidalnost i depresija. Hrčak; Portal znanstvenih časopisa Republike Hrvatske [Elektronički časopis]. 2008. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19809> (13.10.2017)
16. Fine, Robert L. Depression, anxiety, and delirium in the terminally ill patient. PubMed Central [Elektronički časopis]. 2001 Apr; 14(2): 130–133. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1291326/> (13.10.2017)
17. Lebedina Manzoni, M. Psihološke osnove poremećaja u ponašanju. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2010.
18. Neale J.M, Davison G.C. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998.
19. Leahy R.L, Holland S.J, McGinn L.K. Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
20. British Journal of Cancer. Anxiety in cancer patients [Online]. 2000. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408796/pdf/83-6691405a.pdf> (13.10.2017)
21. Holland J.C, Rowland J.H. Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer [Elektronička knjiga]. New York: Oxford University Press; 1989. Dostupno na: <http://psycnet.apa.org/record/1989-98449-000> (13.10.2017)

22. Sedić, B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 2006.
23. Mimica N, Štrkalj S, Folnegović Šmalc V. Farmakološke smjernice za liječenje anksioznih poremećaja osim posttraumatskog stresnog poremećaja. Medix. 2007.Vol. 13.No.71, 60-65.
24. National Cancer Institute. About cancer [Online].2017. Dostupno na: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/depression-hp-pdq> (13.10.2017)
25. Cosgrove L, Shi L, E. Creasey D, Anaya-McKivergan M, A. Myers J, F. Huybrechts K. Antidepressants and Breast and Ovarian Cancer Risk: A Review of the Literature and Researchers' Financial Associations with Industry. PLOS ONE [Elektronički časopis].2011. Dostupno na: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0018210> (13.10.2017)
26. Greenberg DB. Strategic use of benzodiazepines in cancer patients. PubMed Central [Elektronički časopis].1991 Apr; 5(4):83-8; discussion 88, 90, 95. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1831042>
- 27.Triozi PL, Goldstein D, Laszlo J. Contributions of benzodiazepines to cancer therapy. PubMed Central [Elektronički časopis].1988; 6(1):103-11.Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2896534> (13.10.2017)
28. Gregurek R. Suradna (Liaison) psihijatrija. [Online]. 1998. Dostupno na: <http://www.psihijatrija.com/psihijatrija/NOVO/Suradna%20liaison%20psihijatrija.doc> (13.10.2017)
29. Munjiza M. Socioterapija [Elektronička kniga]. Beograd; 2007. Dostupno na: <https://www.scribd.com/document/344018434/31-SOCIOTERAPIJA-pdf> (13.10.2017)
30. Ružić K, Medved P, Dadić-Hero E, Tomljanović D.Rehabilitacija u psihijatriji-socioterapija. Hrčak; Portal znanstvenih časopisa Republike Hrvatske [Elektronički časopis]. 2009. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=70934 (13.10.2017)

31. Kadović M. i sur. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2013.
32. Šepec S. i sur. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2011.
33. Kocijan-Hercigonja D, Folnegović-Šmale V. Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprječavanje suicidalnosti [Online]. 1999. Dostupno na: <http://www.pbsvi.hr/test/wp-content/uploads/2015/06/Prepoznavanje-rano-otkrivanje-i-spreavanje-suicidalnosti-prirunik.pdf> (13.10.2017)
34. Gregurek R, Braš M, Đorđević V, Ratković A. S, Brajković L. Psychological problems of patients with cancer [Online]. 2010. Dostupno na: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol22_no2/dnb_vol22_no2_227.pdf (13.10.2017)
35. Burgess C. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. BMJ Publishing Group [Elektronički časopis]. 2005. Dostupno na: <http://www.bmj.com/content/330/7493/702.short> (13.10.2017)
36. May AM, et al. Improved physical fitness of cancer survivors: A randomised controlled trial comparing physical training with physical and cognitive-behavioural training [Online]. 2008. Dostupno na: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02841860701666063?needAccess=> (13.10.2017.)
37. Predovan V, Stipaničić S. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju onkološkog pacijenta. Hrčak; Portal znanstvenih časopisa Republike Hrvatske [Elektronički časopis]. 2015. Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/144079> (13.10.2017)
38. Moro Lj, Frančišković T i suradnici. Psihijatrija. Medicinska naklada: Zagreb; 2011.
39. Božičević M, Bradaš Z. Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika. Zbornik radova: HUMS; 2011
40. Mojsović Z i suradnici. Sestrinstvo u zajednici. Visoka zdravstvena škola: Zagreb; 2005.

Za obradu podataka u radu korišten je program:

1. Microsoft Excel 2010. Microsoft Corp., Redmont, WA, 2010.

8. Oznake i kratice

DNA- deoksiribonukleinska kiselina

RNA- ribonukleinska kiselina

UVA, UVB, UVC- skupine ultraljubičastog zračenja

GAP- generalizirani anksiozni poremećaj

OKP- opsesivno kompulzivni poremećaj

PTSP- posttraumatski stresni poremećaj

9. Sažetak

Najčešća maligna oboljenja u odraslih su rak pluća, dojke, prostate, debelog crijeva, jetre i želudca. Tumor nastaje zbog prisutnih promjena u genima i stanicama daje nova svojstva. Postoji fizikalna, kemijska i biološka karcinogeneza. Kako bi karcinogenezi imali djelotvornost to ponajprije ovisi o prisutnoj koncentraciji aktivnog oblika. Znanost čije je područje djelovanja usmjereno na skrb pacijenata oboljelih od malignih bolesti naziva se psihoonkologija. Na pojavu malignih oboljenja, dokazano je da veliku ulogu mogu imati i određeni psihološki faktori poput stresnog načina života. Onkološki bolesnici imaju različite psihološke odgovore na promjenu tjelesnog stanja što uključuje faktore prilagođavanja i prediktore negativnog suočavanja s malignom bolešću. Psihijatrijski poremećaji koji su najčešći u takvih bolesnika su anksioznost i depresija. Za razliku od depresivnih, anksiozni poremećaji su najčešći i mogu uvelike utjecati na normalno životno funkcioniranje bolesnika. Ovisno o stupnju razvoja navedenih psihičkih poremećaja za određenu vrstu bolesti daje se psihofarmakoterapija, antidepresivi te anksiolitici. Uz liječenje psihofarmacima koriste se i psihoterapijski i socioterapijski postupci. Tijekom uzimanja antidepresiva i anksiolitika mogu se pojaviti nuspojave lijeka. Sestrinske intervencije usmjerene su u prepoznavanju tih nuspojava i brzog reagiranja ako je život bolesnika ugrožen. Onkološke medicinske sestre moraju biti odlikovane visokom stručnošću, moralnom kvalitetom i visokim stupnjem empatije za bolesnike i njihovu obitelj.

Ključne riječi: maligna oboljenja, depresija i anksioznost, psihoonkologija, terapija, sestrinske intervencije

10. Summary

The most common malignant diseases in adults are lung, breast, prostate, colon, liver and stomach cancer. The tumor forms because of the present changes in the genes and cells gives new properties. There are physical, chemical and biological carcinogenesis. To make the carcinogenesis effective, it primarily depends on the present concentration of active form. Science whose area of activity is directed on care of ill patients from malignant diseases is called psychooncology. On the occurrence of malignant illnesses, it has been shown that certain psychological factors such as stressful lifestyles can also play a major role. Oncologic patients have different psychological responses to changes in the body's condition, which includes adaptation factors and predictors of negative face-to-face malignancy. Psychiatric disorders that are most common in such patients are anxiety and depression. Unlike depressed, anxiety disorders are the most common and can greatly affect on normal life functioning of patient. Depending on the degree of development mentioned psychic disorders for a certain type of disease is given psychopharmacotherapy, antidepressants and anxiolytics. Psychotherapeutic and sociotherapeutic procedures are also used in the treatment of psychopharmacists. Side effects may occur while taking antidepressants and anxiolytics. Nurse interventions are directed on recognition of side effects and quick responding if the patient's life is endangered. Oncological nurses must be rewarded by high professionalism, moral quality and a high level of empathy for patients and their families.

Keywords: malignant diseases, depression and anxiety, psychooncology, therapy, nurse interventions

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum

Ime i prezime studenta/ice

Potpis studenta/ice

U Bjelovaru, 26.10.2017

SANDRA GRIVIĆ

Sandra Grivić

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

SANDRA GRIVIĆ

ime i prezime studenta ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada

U Bjelovaru, 26.10.2017

Sandra Grivić
potpis studenta ice